N° 12.

TRAITEMENT

DU

PHIMOSIS PAR LA DILATATION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Mars 1885

Par Pierre FAURET

Né à Marsous (Hautes-Pyrénées),

Ancien Interne des Hôpitaux de Nimes (Concours 1881),

Ancien Professeur-adjoint à la Maternité du Gard,

Médecin des Ambulances cholériques de Toulon (Épidémie 1884).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL, DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES,

IMPRIMEURS DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.

1885.

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ✻ ✠........ DOYEN
GRASSET........ .... } ASSESSEURS
LANNEGRACE......... }

PROFESSEURS :

Pathologie externe...........................	MM. BOYER ✻.
Accouchements..............................	DUMAS ✻.
Clinique médicale............................	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.....................................	BENOIT ✻ ✠.
Clinique médicale............................	COMBAL ✻ ✠
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	CAVALIER ✻.
Physique médicale............................	MOITESSIER ✻.
Anatomie pathologique et Histologie............	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie................	JAUMES.
Clinique chirurgicale.........................	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie..................	ENGEL.
Hygiène......................................	BERTIN-SANS.
Pathologie interne...........................	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale..............	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale........	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie..................................	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale (Chargé de Cours).........	SERRE.
Opérations et Appareils (Chargé de Cours)........	CHALOT.

MARTINS (O ✻), COURTY (✻), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants..............	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards............	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET.
GRYNFELTT.
DE GIRARD.
SERRE.
CARRIEU.
MAIRET.

MM. CHALOT.
BIMAR.
MOSSÉ.
REGIMBEAU ✻.
TÉDENAT.

MM. DUMAS fils.
BLAISE.
BAUMEL.
VILLE.
GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. JAUMES, *président* ;
DUBRUEIL, professeur ;
JACQUEMET, agrégé.
GRYNFELTT, agrégé,

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A la Mémoire de mon Oncle Joseph FAURET

A MA MÈRE

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

A MA TANTE

A TOUS MES PARENTS

P. FAURET.

A Monsieur le Professeur DUPRÉ

Sénateur.

A M. le Professeur LANNEGRACE

A Monsieur le Professeur ESTOR

P. FAURET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur JAUMES

A Monsieur CHALOT

Chef des Travaux anatomiques,
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier.

A Monsieur TÉDENAT

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NIMES

P. FAURET.

A MON MEILLEUR AMI ET MON MEILLEUR CAMARADE

ERNEST SERENO

Étudiant en Médecine.

A mon ami Émile ROMAN

Rédacteur à la *Tribune du Midi.*

A mes Amis les Docteurs BLANC, CAUQUIL

A mon Ami le Docteur RIZU

Professeur à la Faculté de Médecine de Jassy,
Médecin à l'Hôpital Saint-Spiridon,
Chevalier de l'Ordre de l'Étoile, etc., etc.

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

P. FAURET.

AVANT-PROPOS

Dans le travail que nous présentons aujourd'hui à nos Maîtres, nous avons eu pour but de donner une idée générale de la méthode de la dilatation employée dans le traitement du Phimosis, et de démontrer qu'elle a été trop délaissée par les chirurgiens.

Nous nous sommes inspiré, pour la confection de cette Thèse, de tout ce qui a été écrit sur ce sujet avant ce jour et des idées de M. Chalot, qui a employé cette méthode avec succès. Puissent nos Maîtres tenir compte des efforts que nous avons faits en vue de rendre notre travail aussi complet que possible et nous accorder leur bienveillance !

M. Chalot a bien voulu nous aider de ses conseils et de son expérience, nous donner trois observations inédites et mettre entre nos mains un instrument qu'il a fait fabriquer. Qu'il reçoive ici l'expression de notre sincère et profonde reconnaissance !

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0114

TRAITEMENT

DU

PHIMOSIS PAR LA DILATATION

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Le prépuce est la partie de la verge qui recouvre le gland. La couche cutanée du pénis, parvenue au niveau ou au-devant du gland, se resserre pour former le limbe préputial, se replie et s'adosse à elle-même, en prenant le caractère d'une muqueuse qui se réfléchit derrière la couronne du gland pour se continuer avec la muqueuse de celui-ci. De légères fibres musculaires siègent au-dessous de la peau ; elles forment, d'après Tillaux du moins, un petit sphincter sur le limbe préputial. La couche celluleuse de la verge se prolonge également dans le prépuce. Celui-ci est donc composé de quatre couches : peau, couche musculaire, couche celluleuse et muqueuse.

Le gland est la partie la plus délicate de la verge. Il est d'une sensibilité exquise. Le prépuce, qui, à l'état d'érection de la verge, se rétracte, s'efface complètement, a pour but, à l'état de repos, de conserver au gland sa sensibilité spéciale, en le protégeant contre les frottements du linge et les influences de l'air extérieur. Jusqu'à quel point remplit-il son rôle ? En d'au-

tres termes, le prépuce est-il réellement utile ? Il est difficile de le dire.

La nature, dit-on, n'a rien produit d'inutile ; mais, d'un autre côté, les Juifs et les Musulmans, qui sont circoncis, qui n'ont pas de prépuce, ont toujours eu la réputation d'être très prolifiques.

L'aptitude génésique et la faculté de concevoir ne sembleraient donc point modifiées par la présence ou l'absence de prépuce. Néanmoins, il y a là une contradiction; en attendant qu'elle disparaisse, nous croyons à une certaine utilité de cet organe.

Le phimosis consiste dans une étroitesse du prépuce, étroitesse qui va jusqu'à empêcher de découvrir le gland. Celle-ci est congénitale ou acquise.

Un prépuce étroit, rétréci, est aussi, le plus souvent du moins, plus long qu'à l'état normal. Mais cette dernière condition est secondaire dans l'existence du phimosis. Ce qui fait celui-ci, c'est uniquement le rétrécissement, et c'est seulement contre le rétrécissement que devrait porter un traitement logique.

Dans le cas de phimosis, nous sommes en présence d'un conduit rétréci, ou tout au moins d'un orifice trop étroit. Mais les tissus de l'organisme sont extensibles, dilatables ; depuis longtemps, du reste, on a mis cette propriété à profit dans la thérapeutique. C'est ainsi qu'on fait la dilatation du canal nasal, de l'œsophage, du canal de l'urèthre, du rectum, etc., etc. On ne voit pas alors pourquoi l'on n'appliquerait pas au prépuce cette méthode générale de traitement, d'autant plus que cet organe est très dilatable, est même, d'après M. Stephenson, la partie du corps qui jouit le plus de cette propriété. La dilatation du prépuce, dans le cas d'étroitesse, est une opération logique et qui se présente tout naturellement à l'esprit.

HISTORIQUE.

Le procédé de la dilatation appliqué au traitement du phimosis est de date récente. Nous lisons dans une Thèse de Paris [1] que Thibault dilatait le prépuce graduellement dans plusieurs séances, au moyen d'une pince mousse dont les deux branches s'écartaient comme celles d'un dilatateur trachéal, et qu'en 1867 il fit connaître à Nélaton sa méthode de traitement du phimosis, méthode qui lui avait donné, disait-il, d'excellents résultats.

Nélaton fit sa première opération sur un enfant de 10 ans atteint de phimosis congénital. On chloroformisa le petit malade et on soumit son orifice préputial à une dilatation qui parut satisfaisante ; cette dilatation fut opérée avec une pince. Mais, au bout de quelques jours, le rétrécissement avait reparu et il était aussi prononcé qu'avant l'opération.

Pendant que Nélaton employait ce procédé en France, l'appliquant au phimosis congénital, le Dr Elliot Cones, chirurgien de l'armée des États-Unis, tentait la dilatation dans un cas de phimosis syphilitique. Il se servit d'une pince ordinaire, qu'il laissa en place, recommandant au malade d'écarter les branches avec une certaine force et de lotionner les parties avec de l'eau tiède. Au bout de trois heures, l'obstacle était surmonté et deux chancres mous étaient découverts sur la couronne du gland [2].

Malgré ces tentatives, la méthode de la dilatation fut longtemps laissée dans l'oubli, en France et à l'étranger. M. Verneuil recommença à la préconiser. En 1878, dans la séance de la Société de Chirurgie du 16 octobre, à propos de la communication de M. Judes Hue (de Rouen) sur l'incision dorsale du prépuce au

[1] Laylavoix ; Des divers procédés opératoires du phimosis, 1881.

[2] Bulletin de Thérapeutique, 1867, tom. LXXII, pag. 519.

moyen d'un fil en caoutchouc, M. Verneuil dit qu'il emploie la dilatation exclusivement pour le phimosis des enfants au-dessous de 10 ans, et obtient d'excellents résultats.

M. Marjolin est de l'avis de M. Verneuil. M. Th. Anger emploie également la dilatation, l'appliquant seulement aux prépuces fins et élastiques. Plus tard M. Verneuil, dans une clinique faite à l'Hôpital de la Pitié, le 15 novembre 1881 [1], nous apprend qu'il applique la dilatation à presque tous les cas de phimosis. Il faut, dit-il, que l'on ait affaire à un rétrécissement très dur pour que l'on soit obligé de recourir au débridement. Une seule fois, un de ses malades a présenté quelques phlyctènes sur le gland ; mais cet homme était diabétique.

M. Lannelongue, dans la séance de la Société de Chirurgie du 11 mars 1882, dit qu'après avoir essayé tous les procédés, il a renoncé de plus en plus aux opérations sanglantes pour recourir à la dilatation. Lorsqu'il y a des adhérences, il a soin de les détacher avec une sonde cannelée.

Dans la séance suivante, M. Trélat dit que, pour son propre compte, il n'a pas eu à se louer des tentatives de dilatation qu'il a faites deux ou trois fois. A l'étranger, la méthode de la dilatation a été également employée.

En Allemagne, le *Deutsche Zeitschr.* publie une observation de retrécissement de l'orifice préputial, dilatation énorme du prépuce, par Bidder[2]. (Nous avons regretté que cette publication ne se trouvât pas à la Bibliothèque, nous y aurions probablement trouvé des renseignements intéressants.)

Dans le *The Lancet*[3], W. Stephenson Richemond nous dit que, si la dilatation n'a pas donné de bons résultats, c'est qu'il n'y a pas d'instrument spécial pour dilater le prépuce. Il n'a pas

[1] Gazette des Hôpitaux, nº 131 (année 1881).

[2] Deutsche Zeitschr. f. Chir., XII, nºs 4 et 5, d'après la *Revue de Hayem*, tom. XVII (année 1881).

[3] Vol. II, 13 septembre 1884, pag. 544.

l'air de connaître les nombreux instruments qui ont été inventés dans ce but. Quoi qu'il en soit, il en fait fabriquer un ; nous y reviendrons plus loin.

Comme on le voit, ce mode de traitement du phimosis a été tour à tour préconisé, puis abandonné, toujours employé par un petit nombre de chirurgiens, et dans des cas limités la plupart du temps. Les auteurs en disent à peine quelques mots, ou le passent à dessein sous silence. Le mot n'est pas prononcé dans une Thèse de Paris 1876[1], dans le Dictionnaire de Dechambre, dans celui de Jaccoud, et dans la Médecine opératoire de Malgaigne. Gaujot et Spillmann citent les instruments de Nélaton et d'Elliot Cones.

M. Dubrueil, dans sa Médecine opératoire, dit qu'il ne mentionnera que pour mémoire le procédé de la dilatation, qui, essayé il y a quelques années, a été laissé de côté comme inefficace.

Dans la Thèse de Paris déjà citée, Laylavoix dit que la dilatation doit être rejetée dans les cas de phimosis cicatriciels ; elle peut donner des succès dans les phimosis congénitaux, mais il n'y a qu'une partie de l'opération de faite.

Chrétien, Tillaux, dans leurs Traités, disent que la dilatation peut être employée dans les cas où l'incision dorsale est indiquée. De tous les auteurs de Traités de maladies vénériennes, Rizat est le seul qui lui consacre un paragraphe. Il dit qu'elle ne peut être employée qu'avec un prépuce court ; avec un prépuce long, ce serait tout à fait inutile, et même nuisible.

Dans le petit Dictionnaire de Decaisne et Gorecki, nous lisons que la dilatation s'emploie lorsque le phimosis est très peu prononcé et exempt de toutes complications.

[1] Normand ; Du Phimosis et de son traitement.

OBSERVATIONS.

PREMIÈRE OBSERVATION [1].

Gerhard (Henri), âgé de 22 ans, garçon de cuisine, entre le 17 mai 1881 aux Barraques, lit n° 35. Le malade entre à l'hôpital pour brûlure du 3e degré de la face interne et antérieure de la jambe gauche, brûlure occasionnée par de la graisse chaude et datant de quinze jours.

Le malade est atteint d'un phimosis datant de trois ans et venu à la suite d'une blennorrhagie. Jamais il n'a eu de chancres. Depuis cette époque, le malade ne peut plus ramener le prépuce derrière la verge, même pendant la non-érection. Le prépuce se prolonge au-devant de l'extrémité du gland d'environ 15 à 20 millim. La miction est très difficile, l'urine ne sort que goutte à goutte et distend le prépuce au point de provoquer d'assez fortes douleurs. Le coït n'est pas douloureux et le malade n'a jamais eu de balano-posthite.

L'opération est résolue ; elle est faite le 28 mai par M. Th. Anger, au moyen du dilatateur à trois branches de Nélaton.

Le malade est chloroformisé ; le dilatateur est introduit sous le prépuce et on dilate fortement ; le prépuce est ramené facilement derrière le gland. On le maintient réduit au moyen d'une petite bande imbibée de vin aromatique que l'on change tous les jours.

Le jour de l'opération, le malade n'a ressenti aucune douleur et il a bien dormi la nuit qui a suivi.

[1] Laylavoix ; Thèse de Paris. Des divers modes opératoires du Phimosis (année 1881).

30 mai. Pendant la journée pas de douleurs, mais pendant la nuit le malade souffre beaucoup et ne peut dormir.

31. La verge et le prépuce sont œdématiés ; mêmes douleurs.

1er juin. L'œdème augmente toujours un peu, la douleur est vive. — Même pansement ; bains.

3-4. La douleur a encore augmenté, il y a paraphimosis sans étranglement du gland.

5. L'œdème du prépuce a diminué surtout à la partie supérieure, le gland est à peu près revenu à l'état normal. L'étranglement persiste.

6. L'œdème est stationnaire ; on traite avec le nitrate d'argent le prépuce au niveau de l'étranglement et on continue à appliquer des compresses de vin aromatique.

9. L'œdème a considérablement augmenté, la partie étranglée du prépuce suppure légèrement. Pansement à l'iodoforme, qui doit rester trois jours.

12. L'œdème a diminué. — Même pansement.

16. Le malade sort de l'hôpital; l'œdème du prépuce persiste toujours à la partie inférieure; il est cependant moins prononcé que l'avant-veille. Légère suppuration au niveau de l'étranglement.

21. Le malade vient à la consultation ; il va bien. L'œdème a presque complètement disparu, l'ulcération que présentait le prépuce au niveau de l'étranglement est cicatrisée ; le prépuce peut être facilement ramené en avant.— Application sur la verge de compresses imbibées de vin aromatique.

23. Le malade revient à la consultation et entre de nouveau à l'hôpital. L'œdème de toute la verge a considérablement augmenté, au point de gêner la marche. Le prépuce et le gland sont rouges, tuméfiés, douloureux ; l'étranglement a disparu, l'ulcération qui était à son niveau a reparu et suppure légèrement.

24, 25, 26. Même état. — Cataplasmes.

28 L'œdème a diminué ; on touche légèrement l'ulcération avec le nitrate d'argent. — Cataplasmes.

1er juillet. La rougeur a complètement disparu, plus de douleurs ; encore un peu d'œdème à la partie inférieure du prépuce.

2. Application d'iodoforme sur l'ulcération ; l'œdème du prépuce persiste.

6. L'ulcération diminue d'étendue ; l'œdème aussi.

9. Le malade sort de l'hôpital complètement guéri. L'ulcération n'est pas complètement cicatrisée ; l'œdème du prépuce, quoique ayant beaucoup diminué, persiste encore. Le malade fait glisser assez difficilement.

OBSERVATION II.

(Communiquée par M. Chalot.)

M. S... (de Vailhauquès), célibataire, 34 ans, a un phimosis congénital, compliqué d'impuissance. Le prépuce dépasse la partie antérieure du gland de 1 centim. et demi. Le malade doit se marier dans quelque temps et veut être débarrassé du phimosis, mais il ne veut pas entendre parler de circoncision.

M. Chalot songe alors à la dilatation, qui est faite séance tenante. Le malade est assis sur une chaise ; les branches de l'instrument de Zeissl sont introduites dans l'orifice préputial, puis écartées progressivement. Tension énorme du prépuce, douleur très vive, léger écoulement de sang ; la séance a duré quatre minutes. En retournant le prépuce, on constate des éraillures intéressant seulement la muqueuse à gauche et à droite de la partie médiane supérieure. Les plaies sont lavées à l'eau phéniquée et du cold-cream est appliqué comme pansement. Recommandation au malade de faire quatre ou cinq fois dans la journée des manœuvres consistant à faire glisser pendant quelque temps le prépuce sur le gland.

Deux jours après l'opération, le 7 novembre 1883, M. S... revient à la consultation. Gonflement peu considérable de tout le prépuce, prononcé surtout à la partie supérieure. Légère inflammation des plaies.

12. Le gonflement a disparu, les plaies sont cicatrisées, mais l'orifice préputial tend à redevenir étroit ; néanmoins on peut encore découvrir le gland.

24. Récidive presque complète. Nouvelle séance de dilatation de deux minutes ; le prépuce cède facilement, la douleur est légère, les éraillures sont moins prononcées qu'à la première séance. Peu de sang.

Le malade a été revu six mois après. Il est guéri. Le gland est à moitié découvert à l'état de repos et se découvre complètement pendant l'érection.

OBSERVATION III.

(Communiquée par M. Chalot.)

P. K... (de Montpellier), 21 ans, est affecté de phimosis congénital. Le prépuce est long et dépasse le méat urinaire de 2 centim. au moins. Le coït est impossible ; aussi le sujet a-t-il contracté des habitudes de masturbation.

Le 24 janvier 1884, M. Chalot fait la dilatation immédiate progressive avec l'instrument de Zeissl. Tension considérable des parties, douleur extrême, léger écoulement de sang, éraillure à la partie supérieure un peu à droite de la ligne médiane et à la partie inférieure à gauche du frein.

15 février. Récidive ; nouvelle séance de dilatation faite dans les mêmes conditions que la première.

Le malade a été revu deux mois et un an après. Il est complètement guéri. Le gland est tout à fait recouvert à l'état de repos ; le prépuce ne dépasse pas le méat urinaire.

OBSERVATION IV.

(Communiquée par M. Chalot.)

J. F..., de Montpellier, célibataire, 35 ans, est atteint de phimosis congénital, avec impuissance et aspermatisme. Le frein s'insère sur le méat urinaire. Depuis l'âge de 9 à 10 ans, le malade se livre à la masturbation presque tous les jours. Il n'a vu de femme qu'à 22 ans. Le coït est très douloureux ; c'est pour cela qu'il préfère se masturber que d'avoir des rapports sexuels.

Depuis deux ans et demi, J. F... est hypochondriaque, ne se livre plus à sa funeste passion, n'a pas davantage de rapports avec la femme. Pourtant, il y a trois jours, il a essayé de coïter, et un phénomène singulier s'est produit. Sa verge, étant complètement en érection et étant introduite dans le vagin presque en totalité, s'est affaissée tout à coup sans que l'éjaculation se produise. Du reste, depuis deux ans et demi il n'y a pas eu d'éjaculation, sauf deux ou trois pollutions nocturnes érotiques.

Le 11 février 1884, M. Chalot a fait la dilatation immédiate progressive, en se servant de son instrument. Séance de trois minutes, éraillure longue de 3 centim. et large de 1 millim. trois dixièmes, un peu en dehors à gauche du milieu de la face supérieure de la muqueuse préputiale; de même en bas à gauche du frein. Les branches de l'instrument ont été écartées de 3 centim. Pendant l'opération, la douleur a été très vive, le malade a failli avoir une syncope. Il s'est produit un léger écoulement du sang.

12. Décalottement facile ; pas de gonflement, mais extrême sensibilité du gland. Constriction du frein avec un fil élastique pendant une minute ; pas de douleur.

14. Léger gonflement et rougeur bien prononcée autour du frein. Cuisson en urinant. Pas de gonflement du reste de la verge.

Inflammation légère des deux petites plaies supérieure et inférieure. Manœuvres de glissement du prépuce pendant cinq minutes. Recommandations au malade de les répéter de temps en temps. — Poudre de zinc et de lycopode comme pansement des plaies.

15. Bourrelet œdémateux autour du gland, dû à ce que le prépuce a été laissé en arrière du gland ; vive douleur ; gonflement et tension. Réduction du paraphimosis, facile après l'application d'huile. — Eau blanche comme pansement.

16. Chute du fil ; le frein est coupé. Plus de gonflement, mais l'orifice préputial tend à se resserrer. Néanmoins on parvient à découvrir complètement le gland.

19. Légère récidive. Séance nouvelle de dilatation durant deux minutes. Écartement des branches de l'instrument de 2 centim. 1/2. Mêmes éraillures qu'à la première séance, mais plus petites ; douleur moins vive également ; léger écoulement de sang.

Le malade a été revu le 13 mars 1884. Il entre vivement et facilement en érection, mais en même temps il sent le gland fort tendu et éprouve une douleur qui s'irradie du frein vers le périnée (enclavement probable de petits nerfs dans la cicatrice du filet). Il a eu avant-hier des rapports sexuels pour la première fois depuis l'opération. Il y a eu un léger écoulement de sang, fourni par le frein, qui cependant n'en conserve aucune trace. Le prépuce est distant du méat de 2 centim 1/2 au moins. Le malade est gai, content, a bon appétit et décalotte facilement. Gland un peu mou, œdémateux. Œdème du prépuce des deux côtés du frein, mais peu considérable.

Le malade a été revu depuis, et est complètement guéri.

OBSERVATION V.

(Personnelle.)

A. S..., étudiant en médecine, a un prépuce long, dépassant de près de deux centimètres l'extrémité antérieure du gland. Sans avoir précisément de phimosis congénital, il décalotte assez difficilement et souffre pendant le coït.

Le 28 décembre 1884, il a des rapports sexuels et va en vacances le lendemain. Dans la journée, pesanteur et légère douleur à la partie antérieure de la verge.

30. Prépuce rouge, enflammé, mais n'a pas trop augmenté de volume. Un pus épais, verdâtre, fétide, sort de l'orifice préputial, très resserré. Le malade ne peut pas découvrir le gland.

31. Même état. Le malade va consulter le Dr R..., médecin de la localité. Celui-ci parvient à découvrir la partie antérieure du gland et diagnostique une balano-posthite. Il constate que le pus ne sort pas du méat urinaire.

Injections de coaltar saponiné de Lebœuf entre le gland et le prépuce, et fréquentes immersions de la verge dans de l'eau de mauve tiède. Ce traitement produit une légère amélioration ; la douleur disparaît, la rougeur et la tension diminuent. Le pus est beaucoup moins abondant. Le phimosis persiste.

Le 4 janvier 1885, le docteur R... fait la dilatation du prépuce avec une pince ordinaire. Les branches de celle-ci sont introduites très lentement jusqu'au cul-de-sac préputial, écartées peu à peu, maintenues en place à deux ou trois reprises pendant quelques secondes, puis écartées avec plus de force. Douleur assez vive, écoulement d'une assez grande quantité de sang. L'opération a duré environ cinq minutes. Les pinces retirées, le prépuce est facilement ramené en arrière de la couronne du gland ; on constate en haut et en bas des éraillures de la muqueuse.

7. Nous voyons A. S..., qui était de retour des vacances et qui nous raconte ce que nous venons de rapporter. Nous constatons du gonflement et de la rougeur du prépuce avec une certaine tension. En découvrant le gland, nous remarquons une vive rougeur et une certaine sensibilité de toute la muqueuse glando-préputiale. Les plaies sont presque cicatrisées. Le malade fait très souvent des injections d'eau phéniquée dans la cavité préputiale et des manœuvres de glissement, après avoir mis un peu de cold-cream.

13. Le gonflement a beaucoup diminué, les déchirures de la muqueuse sont complètement cicatrisées. Le prépuce glisse facilement sur le gland. Le malade fait encore des manœuvres de glissement, mais deux fois dans la journée seulement.

Depuis, nous avons eu l'occasion de voir A. S... Il se trouve très satisfait de l'opération. Il ne souffre plus durant le coït. Il décalotte très facilement, et, chose qui l'a étonné, le prépuce a diminué de longueur, au point que le gland est découvert de un centimètre.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Et d'abord, faut-il anesthésier le patient ? La douleur est parfois très vive, elle peut être insupportable et occasionner la syncope. L'anesthésie semblerait donc indiquée. Nélaton et Verneuil l'employaient toujours. Il est vrai qu'ils faisaient la dilatation brusque, qui est encore plus douloureuse que la dilatation progressive. Nous ne sommes pas partisan de la chloroformisation : celle-ci entraîne toujours une chance de mort ; il ne faut pas la faire courir au malade pour une opération qui doit rester simple.

L'anesthésie locale, avec l'appareil de Richardson ou avec un mélange réfrigérant de sel marin et de glace pilée ou de neige, n'aurait pas d'inconvénients, mais elle a des effets trop incertains pour que nous croyions utile de compliquer par son emploi le manuel opératoire de la dilatation.

On fait asseoir le malade sur une chaise, ou mieux, s'il a des prédispositions à la syncope, on lui dit de s'étendre sur un lit. On met un corps gras quelconque : huile, cérat, cold-cream, sur les branches de l'instrument dont on aura fait choix; on les introduit dans l'orifice préputial ; si elles ne peuvent pénétrer, on fait un commencement de dilatation avec une sonde cannelée. On fait cheminer lentement l'instrument autour du gland, on suit tous ses mouvements à travers les téguments. A cause de la présence du frein à la partie inférieure, les deux branches ont été engagées suivant le diamètre horizontal ; si l'on fait usage d'un instrument à trois branches, la troisième sera placée à la partie supérieure. Lorsque les branches sont parvenues au cul-de-sac préputial, on les écarte très lentement, on les maintient en place à diverses reprises pendant quelques moments, afin de préparer, pour ainsi dire, les tissus à la dilatation. On pousse celle-ci assez loin. D'une manière générale, il faut s'arrêter quand on voit s'écouler quelques gouttelettes de sang. Ce petit saignement se produit presque toujours et provient des éraillures qui se font à la muqueuse préputiale. Pendant l'opération, la tension des parties est extrême, la douleur est le plus souvent très vive ; il ne faut pas craindre de continuer. Les branches retirées avec précaution, on retourne le prépuce, on le lave à l'eau phéniquée et on met du cold-cream comme pansement.

On recommande au malade de découvrir le gland en repoussant le prépuce en arrière. Cette petite manœuvre doit être faite pendant quatre ou cinq minutes, répétée cinq ou six fois ou même davantage dans la journée et continuée pendant les pre-

miers jours qui suivent l'opération. Elle peut se faire au moment de la miction, en laissant l'urine humecter les parties ; il vaut encore mieux qu'elle soit faite après l'application d'huile ou de cold-cream. Nous insistons sur ces manœuvres parce qu'elles nous paraissent jouer un rôle capital dans la guérison.

Ce mode de dilatation nous semble préférable à la dilatation brusque, dans laquelle on rapproche instantanément les anneaux de la pince ou de l'instrument de Nélaton (on ne peut pas alors se servir de dilatateur à vis). Les branches s'écartent, et on a la conscience d'une résistance vaincue, comme dans la dilatation forcé de l'anus.

La dilatation du prépuce se fait beaucoup mieux par la méthode lente ; les tissus, grâce à leur propriété d'extensibilité, cèdent facilement et d'eux-mêmes à l'action du dilatateur. De plus, en agissant lentement, on se rend minutieusement compte des effets du dilatateur, et dans le cas d'accident inattendu pendant le cours de l'opération on aurait le temps de s'arrêter.

Dans la méthode brusque, les tissus cèdent pour ainsi dire à la force, leur propriété d'extensibilité n'est pas mise en jeu aussi bien que dans la première méthode. Par sa violence même, elle peut occasionner des désordres : hémorrhagie, déchirures étendues, etc. ; d'une manière générale, les éraillures sont beaucoup plus prononcées ; il est probable qu'elles ne se bornent pas à intéresser la muqueuse, elles sont plus longues à se cicatriser, exposent ainsi davantage aux complications. Le tissu cicatriciel est plus abondant, exposé par conséquent à la récidive, et, lorsque celle-ci se produit, rend les séances ultérieures plus difficiles.

INSTRUMENTS.

Presque tous les chirurgiens qui ont employé la dilatation ont chacun leur instrument spécial. M. Verneuil seul se servait de la pince ordinaire. Il serait trop long et fastidieux d'ailleurs de donner la description et de faire la critique de chaque instrument en particulier. Il nous a été du reste impossible de nous les procurer tous. Aussi ne parlerons-nous que de quelques-uns.

L'instrument de Nélaton, qui est le plus ancien et celui qui a été le plus employé, est destiné surtout à la dilatation forcée. C'est un pince munie de trois branches coudées à leur extrémité et pourvue d'un mécanisme à l'aide duquel on produit un écartement parallèle de ces trois branches. Elle diffère de la pince à trachéotomie de Laborde en ce que les branches sont coudées à angle droit et en ce que la vis faisant saillie entre les deux tiges à anneaux permet de limiter et de fixer à l'avance le degré d'écartement des branches.

Celui d'Elliot Cones est une pince courte à deux branches, dont l'extrémité mousse est élargie et légèrement convexe en dehors et concave en dedans, s'écartant l'une de l'autre par un pas de vis sortant d'une branche et s'arc-boutant contre l'autre, où elle se fixe.

Nous ne ferons que mentionner la pince de Hutchinson, et les dilatateurs d'Otis, de Bonnafond, de Zeissl et de Georges Martin[1].

Dernièrement W. Stephenson, en Angleterre, a imaginé un instrument très ingénieux, mais très compliqué, et dont le principal avantage est de pouvoir introduire les deux branches sé-

[1] La figure de ce dernier se trouve dans la Médecine opératoire de M. Dubrueil.

parément, ce qui peut être utile lorsque l'orifice préputial est très rétréci[1].

Le dilatateur à vis (Charrière) est formé de deux branches droites, articulées à leur milieu et pourvues d'un mécanisme à vis à l'une des extrémités. Il forme un levier du premier genre dont les bras de levier sont égaux. Le point d'appui est à l'articulation; la résistance est représentée par celle du prépuce et la puissance par le mécanisme à vis.

Le dilatateur que M. Chalot a fait construire, et dont nous donnons la figure, possède un mécanisme analogue à celui de ce dernier instrument. Il diffère du dilatateur à vis en ce que

les branches sont courbes, convexes en dehors, concaves en dedans, élargies près de leur articulation, qui se fait aux quatre cinquièmes de la longueur de l'instrument.

[1] Voir fig. et descrip. dans *The Lancet*, 2e vol., pag. 544, 13 septembre 1884.

Le bras de levier de la puissance est beaucoup plus court que celui de la résistance, ce qui a pour but de faire agir les branches avec douceur.

Tous ces dilatateurs ont l'inconvénient grave d'être des instruments spéciaux, à but unique, et de ne pouvoir ainsi être guère employés que dans les hôpitaux. Le praticien ordinaire sera souvent obligé de se servir de la pince ordinaire, qui remplit du reste assez bien le but auquel on la fait servir. Si pourtant il voulait faire un choix parmi ces nombreux instruments, il en est qui se recommandent par leur simplicité, la qualité première d'un instrument spécial. Ceux de Nélaton, de Georges Martin, surtout celui de W. Stephenson, pèchent de ce côté. Il donnerait la préférence à un instrument à deux branches, parce que, la muqueuse se déchirant dans les parties intermédiaires aux points d'application des branches, les déchirures seraient moins nombreuses. Mais les instruments à deux branches sont construits de manière à dilater surtout la partie postérieure du prépuce. Ils agissent fort peu sur l'orifice préputial, qui est pourtant la partie la plus rétrécie.

Le dilatateur de M. Chalot a pour but de remédier à cet inconvénient. Il se recommande encore par son extrême simplicité. De plus, son pas de vis étant très serré, la dilatation se fera insensiblement.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

La dilatation, tout comme l'incision, l'excision et la circoncision, est un traitement radical du phimosis. Par conséquent, par le seul fait même qu'il existe un phimosis, ce mode de guérison est indiqué. Si nous passons en revue les principaux inconvénients et les complications du phimosis, nous voyons que la dilatation du prépuce les fera disparaître absolument comme les autres procédés opératoires.

Les glandes qui existent dans la muqueuse du gland et du prépuce, dans la rainure du gland principalement (glandes de Tyson), sécrètent ce qu'on appelle le smegma préputial. Celui-ci est produit rapidement et en grande quantité. Lorsqu'on le laisse s'accumuler, il devient une cause d'irritation, surtout quand il est mélangé avec d'autres produits de sécrétion : urine, sperme, sueur. (Lorsque l'orifice préputial est très rétréci, des gouttelettes d'urine et de sperme restent toujours dans la cavité préputiale.) On comprend que tous ces produits mélangés puissent produire, suivant les prédispositions des individus, directement ou par excitation réflexe, des excoriations de la muqueuse, des démangeaisons, de la douleur, des excitations, des érections, des pertes séminales, des habitudes de masturbation, de la balano-posthite, des végétations, de l'herpès, de l'eczéma, de l'incontenance d'urine, etc.

Tout cela se rencontre souvent chez les personnes qui ne se livrent pas à des soins de propreté des organes génitaux; mais ces complications se montrent surtout chez les sujets affectés de phimosis congénital, parce qu'alors les soins de propreté sont impossibles ou tout au moins difficiles à obtenir. Si l'on faisait des injections d'eau entre le gland et le prépuce, il est probable

qu'on éviterait ces accidents. Nous connaissons des personnes qui sont affectées de phimosis et qui n'ont jamais présenté de complications de cette nature, ce qu'elles attribuent elles-mêmes à la propreté de ces parties, qu'elles entretiennent au moyen d'injections. Il est donc probable que c'est la malpropeté seule qui est cause de tout; il est certain au moins qu'elle joue un rôle dans la production des accidents dont nous venons de parler. La dilatation, en permettant de ramener le prépuce en arrière du gland, facilitera les soins de propreté. Il faudra donc recommander aux personnes opérées par dilatation des lotions régulières de la verge. Du reste, la pratique de la toilette journalière des organes génitaux tend à se répandre et à s'introduire de plus en plus dans toutes les classes de la société.

Et en supposant que les produits irritants qui séjournent dans la cavité du prépuce ne soient la cause d'aucune des manifestations que nous avons énumérées, en supposant que celles-ci soient dues uniquement au phimosis, soient, pour ainsi dire, des symptômes de celui-ci, la dilatation, en guérissant le phimosis, en ferait par suite disparaître ses symptômes. D'ailleurs ils disparaissent avec les autres procédés opératoires du phimosis, qui n'ont sur eux aucune action directe ; pourquoi n'en serait-il pas de même avec la dilatation ?

Dans le phimosis, la muqueuse balano-préputiale, tiraillée, amincie par le coït, est plus exposée à se déchirer, à se gercer, à s'indurer, ce qui quelquefois peut être le point de départ de cancer de la verge, dans le cas de prédisposition. La dilatation, en exposant la muqueuse à l'air, l'aguerrira pour ainsi dire, préviendra ces petits accidents, et par suite retardera l'apparition du cancer.

La diminution de l'aptitude génésique provient le plus souvent de ce que le coït est douloureux, soit par suite de constriction du gland, soit par suite des tiraillements et des déchirures qui se font dans la muqueuse.

La diminution de la faculté de concevoir est produite par ce fait que, les orifices du méat urinaire et du prépuce ne coïncidant pas, ou, plus simplement, le prépuce étant trop long même pendant l'érection, le sperme ne sort qu'en bavant et ne peut ainsi être projeté sur le col de l'utérus. Cette condition n'est évidemment pas indispensable à la conception, mais celle-ci a beaucoup plus de chance de se produire si les spermatozoïdes sont lancés directement sur le museau de tanche.

La dilatation, en rendant le prépuce normal, fera disparaître encore ces deux accidents. Nos observations, du reste, le prouvent ; l'Obs. IV est concluante sous ce rapport.

S'il est vrai, comme le veut le Dr G.-M. Béard (New-York), que certains sympômes névrosthéniques : délire émotif, kénophobie, prurit général et local, points douloureux, sensibilité du canal, fréquence et difficulté de la miction, relâchement du scrotum, etc., ont uniquement pour cause l'existence d'un phimosis, on ne comprendrait pas pourquoi ces désordres ne disparaîtraient pas avec la cause qui les produit.

Lorsque la muqueuse du prépuce adhère avec celle du gland, peut-on employer la dilatation ? Deux cas peuvent se présenter : ou bien les adhérences sont peu prononcées, partielles, récentes, et une sonde cannelée promenée autour du gland les déchire sans difficultés ; ou bien elles sont étendues, multiples, anciennes ; les deux muqueuses adhèrent plus ou moins complètement et la cavité glando-préputiale n'existe plus ou est profondément modifiée. La dilatation ne présente aucun inconvénient dans le premier cas ; dans le second, elle est impossible. Il y a des cas intermédiaires à ces deux cas extrêmes ; c'est le médecin qui décidera. D'une manière générale, on peut employer la dilatation toutes les fois que la sonde cannelée déchire facilement les adhérences.

La débilité du malade, la possibilité de contracter la pourriture d'hôpital, la septicémie, l'érysipèle, les âges extrêmes, sont des

contre-indications de la circoncision. Ces conditions sont-elles aussi des contre-indications de la dilatation ? Celle-ci n'est pas une opération sanglante : il se produit seulement de petites éraillures, mais elles n'intéressent jamais que la muqueuse, se cicatrisent toujours rapidement et par première intention. Nous ne croyons pas que la débilité du patient puisse gêner cette cicatrisation et produire des complications. Nous ne pensons pas non plus que les complications ordinaires des plaies puissent porter leur atteinte sur des déchirures si peu étendues et qui sont constamment à l'abri du contact de l'air. Ce n'est guère que l'érysipèle qui pourrait avoir prise sur la verge, lorsque le prépuce est enflammé les jours qui suivent l'opération. Dans un foyer de contagion d'érysipèle, il faudrait donc par prudence différer la dilatation.

Nous avons vu que deux malades de M. Chalot étaient âgés de 34 et de 35 ans, et que la méthode que nous préconisons a complètement réussi. On a donc eu tort de dire qu'elle ne devait être employée que chez l'enfant. Tout porte à croire qu'elle peut donner d'excellents résultats à tous les âges. Il arrive quelquefois chez le vieillard que le prépuce est d'une longueur démesurée, dur, calleux, fibreux, cartilagineux ; il est douteux que ces tissus soient dilatables, et, dans ce cas, il faudrait évidemment renoncer à la dilatation.

C'est donc dans deux cas seulement que cette opération ne pourrait être employée : dans les adhérences multiples de la muqueuse balano-préputiale et dans le phimosis hypertrophique des vieillards. Chacune de ces conditions se rencontre rarement ; il est donc permis de dire que la dilatation peut être adoptée dans la grande majorité des cas de phimosis congénital.

La question est plus complexe et plus difficile à trancher lorsqu'il s'agit d'appliquer la méthode dans le traitement du phimosis accidentel.

L'Obs. I nous montre que le succès n'a pas été bien brillant

dans un cas de phimosis cicatriciel consécutif à une blennorrhagie. Il est vrai qu'ici d'autres raisons peuvent être invoquées pour expliquer ce résultat peu satisfaisant : le mode opératoire, le pansement, le séjour à l'hôpital, le défaut de manœuvres de glissement. M. Verneuil dit que, même lorsqu'il s'agit de rétrécissement cicatriciel du prépuce, à moins d'avoir affaire à un rétrécissement très dur, la bride cède facilement à la dilatation, sans que l'on soit obligé de recourir au débridement[1]. Ces paroles tracent la règle à suivre dans le phimosis cicatriciel. Lorsque le tissu de cicatrice, qu'il soit dû à une balano-posthite, à une blennorrhagie, à des chancres ou à des plaques muqueuses, ne sera pas trop étendu, trop ancien, la dilatation en triomphera. Il faudra s'abstenir si le tissu cicatriciel est dur, abondant et ancien. Il y aura souvent des cas où il sera difficile de se prononcer et de dire si la dilatation peut ou non réussir, et où la sagacité du chirurgien aura à jouer un grand rôle. Il est vrai qu'avec la méthode progressive il n'y aurait pas d'inconvénients à tenter la dilatation.

Il y a un phimosis subaigu ou inflammatoire chronique qui survient par irritation, par malpropreté, stagnation d'urine diabétique, herpès, eczéma, phimosis aigu antérieur[2]. L'excision, indiquée dans ce cas, pourrait être remplacée par la dilatation.

Quelle est la conduite à tenir dans le phimosis inflammatoire aigu, dans le phimosis consécutif à la balano-posthite, aux chancres, aux plaques muqueuses ? L'opération sanglante, à moins d'indication spéciale : étranglement, menace de gangrène, est contre-indiquée. Du reste, le phimosis disparaît ordinairement sans opération et avec la cause qui l'a produit. Celui-ci pourtant, en mettant obstacle au diagnostic et au traitement des lésions qui sont cachées dans la cavité balano-préputiale, est une compli-

[1] Gazette des Hôpitaux, 1881, nº 131.

[2] Dictionnaire de Jaccoud, art. Pénis.

cation fâcheuse ; il y aurait un réel avantage à pouvoir appliquer la méthode de la dilatation pour permettre le décalottement et faciliter par suite le diagnostic des lésions qui nous occupent.

Nous avons vu dans notre Obsv. que la dilatation a permis au moins de constater qu'il n'y avait pas de chancres dans la rainure du gland; elle a probablement abrégé la durée de la balano-posthite. De plus, le prépuce étant long et étroit, il y avait des prédispositions au phimosis accidentel. La dilatation a donc été utile dans ce cas.

En employant ce procédé, le Dr Elliot Cones put decouvrir et traiter efficacement deux chancres mous qui siégeaient sur la couronne du gland.

Ces deux faits nous semblent suffisants pour engager les praticiens à essayer la méthode dans des cas analogues. Employée prudemment, lorsque surtout l'inflammation est modérée, elle peut réussir et être utile. Ce n'est guère que dans les cas de tension énorme du prépuce qu'il faudrait renoncer à l'opération.

M. Verneuil[1] parle d'un malade diabétique qui présenta quelques phlyctènes sur le gland après l'opération de la dilatation. Le diabète serait donc une contre-indication de la méthode ; mais, comme la circonsision est à plus forte raison contre-indiquée, si des raisons majeures exigeaient une opération, il faudrait certainement donner la préférence à la dilatation.

[1] Gazette des Hôpitaux, année 1881, n° 131.

APPRÉCIATION.

On a fait beaucoup de reproches à la dilatation. M. Trélat, nous en avons déjà parlé, dit qu'il n'a pas été satisfait de cette méthode : sur un homme de 57 ans, la dilatation répétée a été suivie de récidive ; il s'est formé un bourrelet cicatriciel. Sur un enfant de 4 ans, il a fait la dilatation ; au bout d'un an, le prépuce était redevenu étroit ; aussi M. Trélat conclut que l'excision est toujours nécessaire et qu'il vaut mieux la faire tôt que tard, et la faire complète qu'incomplète.

Laylavoix, dans la Thèse que nous avons déjà citée, dit que le malade est toujours exposé à des déchirures de la muqueuse préputiale, et est aussi apte qu'auparavant à contracter des balano-posthites très rebelles, et enfin il est exposé au phimosis accidentel. En un mot, il est dans le cas d'un individu qui a le prépuce long sans phimosis.

Rizat[1] dit que « cette opération ne garantit pas contre les récidives, et elle peut être cause d'un paraphimosis ; de plus, elle ne peut être employée qu'avec un prépuce court, dont l'orifice est assez large pour pouvoir admettre les trois branches du dilatateur. Avec les prépuces longs, ce serait tout à fait inutile, car on aurait ramené derrière le gland une masse de tissus susceptibles de s'œdématier et de se scléroser, et qui deviendraient ainsi aussi nuisibles, sinon plus, en arrrière du gland qu'en avant. »

Mais si cette méthode a eu beaucoup d'adversaires, elle a eu aussi quelques adeptes. M. Verneuil et M. Lannelongue en sont les plus fervents. Le premier dit qu'elle suffit dans la plus grande

[1] Manuel pratique des maladies vénériennes, pag. 511.

majorité des cas, et que, pour son propre compte, il n'a jamais eu d'échecs; le deuxième avance qu'après avoir essayé tous les procédés d'opération du phimosis, c'est encore à la dilatation qu'il donne la préférence.

Si nous examinons chacune des objections qu'on a faites à la méthode, nous trouvons qu'elles ne résistent pas à un examen sérieux et qu'elles tombent devant les faits. — La récidive peut être évitée la plupart du temps, lorsqu'on pousse la dilatation jusqu'à la déchirure de la muqueuse et surtout lorsqu'on emploie les manœuvres secondaires dont nous avons parlé. On en est d'ailleurs quitte pour faire une deuxième et une troisième séance. Le tissu cicatriciel provenant des éraillures de la muqueuse est peu abondant; il ne gênera en rien les dilatations ultérieures. D'ailleurs, les sujets qui font l'objet de nos observations ne sont pas menacés de récidive; leur verge est complètement normale, et cela plusieurs mois, plus d'un an après l'opération.

La longueur du prépuce n'est pas un inconvénient, ce serait même plutôt un avantage ; d'ailleurs, après cette opération, le prépuce se rétracte considérablement, comme le prouvent toutes nos observations, et on ne comprendrait pas qu'il en fût autrement. La longueur d'un tube élastique quelconque diminue si l'on augmente sa largeur, et réciproquement. Ceux qui ont dit que les sujets opérés par dilatation étaient dans le cas d'individus ayant le prépuce long sans phimosis, ont commis une grossière erreur, et ils n'avaient probablement jamais vu de sujets traités ainsi.

Le paraphimosis sera facilement évité avec les manœuvres dont nous avons parlé, et en recommandant au malade de ne pas laisser le prépuce en arrière du gland.

Quant à la masse de tissus ramenés derrière le gland et susceptibles de s'œdématier et de se scléroser, on n'a rien constaté de semblable chez les opérés que nous avons eu l'occasion de voir, et

qui avaient pourtant de longs prépuces avant l'opération. Tout rentre à l'état normal, et on ne voit pas alors comment « le malade est toujours exposé à des déchirures de la muqueuse préputiale, est aussi apte qu'auparavant à contracter des balano-posthites très rebelles, et enfin exposé au phimosis accidentel ». Du reste, des soins de propreté préviendraient ces accidents.

Si nous considérons les autres procédés opératoires de phimosis, nous voyons qu'ils ne sont pas exempts de tout reproche.

L'incision dorsale, l'incision inférieure et l'excision ne sont applicables qu'à certains cas déterminés. De plus, la première laisse après elle la plupart du temps, quoi qu'en dise M. Desprès, deux lambeaux disgracieux et incommodes qui figurent deux oreilles de chien, et dans lesquelles l'œdème persiste pendant longtemps.

L'incision inférieure expose à blesser l'urèthre et laisse une difformité qui imite l'hypospadias. Le prépuce qui est libre coiffe le gland comme un large capuchon (prépuce en casque de Ricord). Ce prépuce devient très gênant dans le coït, par la tuméfaction et l'œdème dont il est souvent affecté.

Après l'excision, il reste dans le segment inférieur une infiltration des plus tenaces, qui finirait presque toujours par constituer une tumeur indurée en forme de massue.

La circoncision n'est pas une opération des plus simples et des moins compliquées. Ce qui le prouve, c'est la diversité des procédés employés et le grand nombre de pinces spéciales construites pour pratiquer cette opération. Elle expose à beaucoup de complications : hémorrhagie, œdème, gangrène, etc., etc. ; la réunion immédiate échoue souvent.

De plus, il y a des malades pusillanimes que l'effusion du sang et la division des tissus effrayent, et qui refuseront toujours l'opération sanglante. Deux des malades de M. Chalot étaient dans ce cas, et c'est après leur refus formel de subir la circon-

cision que ce chirurgien leur a proposé la dilatation, qu'ils ont acceptée volontiers.

Nous venons de voir, pour notre part, un étudiant en droit qui a toujours refusé la circoncision. Nous lui avons parlé de la dilatation : celle-ci l'effraye beaucoup moins ; il est disposé à la subir d'un jour à l'autre. Dans des cas analogues, le praticien doit être heureux de pouvoir offrir à ses clients une opération qui les satisfait d'avance.

La méthode que nous préconisons a encore sur les autres modes opératoires du phimosis un avantage incontestable : c'est que le sujet n'est pas obligé de garder le lit, et qu'il peut, comme à l'ordinaire, vaquer à ses occupations. Chez beaucoup de malades, chez l'ouvrier surtout, il faudra tenir compte de cette considération.

En résumé, la dilatation du prépuce telle que nous l'avons exposée est une opération des plus simples, qui se fait dans le cabinet du praticien avec un seul instrument, sans le concours d'aucun aide. Nous ne pousserons pas la témérité jusqu'à dire qu'elle peut remplacer dans tous les cas l'opération sanglante, mais elle nous paraît digne de l'attention du chirurgien, qui bien souvent n'aura qu'à se louer de l'avoir employée.

Vu :
Le Président-Censeur,
JAUMES.

Vu, bon à imprimer,
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer.
Pour le Recteur de l'Académie,
Le Doyen de la Faculté de Droit, délégué,
VIGIÉ.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!